ISSN 1517-6428

Impresso Especial
9912298509 DR/SPM
ANAD
CORREIOS

Diabetes Clínica News

REVISTA MULTIDISCIPLINAR DO DIABETES E DAS PATOLOGIAS ASSOCIADAS

DE 27 À 31
OUTUBRO
2025

ÍNDICE

01 - DIRETRIZES BRASILEIRAS REDEFINEM TRATAMENTO DA OBESIDADE COM FOCO SEM RISCO CARDIOVASCULAR 02

02 - CONSENSO INÉDITO PARA A PRESCRIÇÃO DE AGONISTAS DO GLP-1 04

03 - DIRETRIZES ESTRANGEIRAS INDICAM ESCOLHA DE GLP-1 COMO PRIMEIRA OPÇÃO DE MEDICAMENTO PARA OBESIDADE 07

04 - MEDICAMENTOS GLP-1 ASSOCIADOS A MENOR RISCO DE CEGUEIRA LEGAL EM PESSOAS COM DIABETES 09

05 -BARRIGA E GORDURA NO FÍGADO SE TRADUZEM EM CARÓTIDAS OBSTRUÍDAS 11

Apoios:

ANAD Associação Nacional de Atenção ao Diabetes
SUA SAÚDE É A NOSSA META

International Diabetes Federation
Centre of Excellence in Diabetes Care

ALAD
ASOCIACIÓN LATINOAMERICANA DE DIABETES

FMABC
CENTRO UNIVERSITÁRIO

FENAD
UNIDOS SEREMOS FORTES
Federação das Associações e Entidades de Diabetes

COSEMS/SP
Conselho de Secretários Municipais de Saúde do Estado de São Paulo
"Dr. Sabastião de Moraes"
Fundado em Março de 1988

ANBED
ASSOCIAÇÃO NACIONAL BRASILEIRA DE EDUCADORES EM DIABETES

01 - DIRETRIZES BRASILEIRAS REDEFINEM TRATAMENTO DA OBESIDADE COM FOCO SEM RISCO CARDIOVASCULAR

Publicadas simultaneamente nos Arquivos Brasileiros de Cardiologia e no periódico Diabetologia & Síndrome Metabólica , as novas diretrizes elaboradas em conjunto pela Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e Síndrome Metabólica (Abeso), Sociedade Brasileira de Cardiologia (SBC), Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabologia (SBEM), Sociedade Brasileira de Diabetes (SBD) e Academia Brasileira do Sono (ABS) representam um marco histórico na abordagem da obesidade, que passa a ser tratada no Brasil como doença crônica e fator causal de complicações cardiovasculares.

Pela primeira vez, recomenda-se que o tratamento seja guiado pela estratificação de risco cardiovascular individual, e não apenas pelo índice de massa corporal (IMC), integrando evidências de estudos recentes, como o SELECT , e redefinindo a prática clínica no país.

A prevalência global da obesidade mais do que dobrou nas últimas quatro décadas, atingindo quase 1 bilhão de pessoas. No Brasil, estima-se que 68% dos adultos apresentam sobrepeso e 31% vivem com obesidade. Em 2021, mais de 60 mil mortes prematuras foram atribuídas ao excesso de peso.

O impacto cardiovascular é central: estudos epidemiológicos e genéticos mostram forte associação entre obesidade e maior risco de doença arterial coronariana, insuficiência cardíaca e morte por causa cardiovascular.

Segundo o cardiologista Dr. José Francisco Kerr Saraiva, presidente do Departamento de Aterosclerose da SBC e primeiro autor das diretrizes, o excesso de peso atua como um gatilho sistêmico. "Com o aumento do peso, cresce o risco de intolerância à glicose, de síndrome metabólica, de alterações lipídicas e de hipertensão arterial. O excesso de gordura em locais em que ela não deveria estar, como no fígado ou entre as alças intestinais, é altamente inflamatório e altera o funcionamento do organismo como um todo."

O principal objetivo das diretrizes é estruturar o tratamento da obesidade integrado à prevenção primária e secundária das doenças cardiovasculares e da insuficiência cardíaca (IC), considerando o risco individual.

As diretrizes seguiram o método Delphi, com três rodadas de consenso entre 20 especialistas das cinco sociedades. As 25 recomendações foram recomendações por grau (I a III) e nível de evidência (A a C), corroboradas por ensaios clínicos e metanálises.

Estratificação de Risco e Novas Metas: do IMC ao Escore PREVENT

Um dos eixos das diretrizes é a estratificação de risco cardiovascular em indivíduos entre 30 e 79 anos, com sobrepeso ou obesidade e IMC < 40 kg/m², ainda que sem doença cardiovascular prévia com uso do escore PREVENT para estimar os riscos de CI e doença cardiovascular em 10 anos. Essa categorização é o ponto de partida para definir a intensidade e o tipo de tratamento mais adequado a cada caso.

As diretrizes enfatizam que o IMC isolado não deve mais determinar decisões terapêuticas. A avaliação do risco cardiovascular, das doenças abdominais e da distribuição de gordura corporal passa a ser obrigatória para definir o tipo e a intensidade do tratamento, uma mudança que desloca o foco do peso absoluto para os riscos metabólicos e cardiovasculares globais.

Marcello Bertoluci, diretor do Departamento de Cardiometabolismo da ABESO e do Departamento de Dislipidemia da SBEM e também autor do documento, “a avaliação clínica será acrescida de algumas perguntas

importantes sobre fatores de risco e sintomas, e será necessário o uso da calculadora PREVENT nos pacientes em prevenção primária. Isso vai tornar o cuidado mais preciso e direcionado".

O Dr. José Francisco acrescenta que essa abordagem contínua é mais fiel à realidade clínica. "O limite entre sobrepeso e obesidade é apenas uma convenção. Talvez [o IMC] 29 não seja tão diferente de 30. Por isso prefiro sempre falar em sobrepeso e obesidade como uma variável contínua, ou seja, quanto maior o excesso, maior o risco."

O endocrinologista Dr. Rodrigo Moreira, diretor do Departamento de Diabetes Mellitus da SBEM e também autor do texto, reforça que as mudanças de estilo de vida continuam sendo a base do tratamento, mas que a maioria dos pacientes necessitará de intervenção adicional: "Quando falamos a obesidade como doença crônica, como são a hipertensão e o Diabetes, entendemos que o tratamento farmacológico será necessário para a maioria das pessoas".

Metas Realistas e Baseadas em Evidências

As diretrizes definem metas concretas:

Para redução de fatores de risco : redução sustentada ≥ 5% do peso corporal.

Para redução de eventos cardiovasculares : redução sustentada ≥ 10% do peso máximo atingido na vida.

Para o Dr. Marcello, comunica essas metas de forma realista exigem confiança e acompanhamento contínuo: "O paciente precisa manter um vínculo forte com seu médico. O mais importante é passar a informação de que a redução de peso precisa ser mantida a longo prazo para haver benefício cardiovascular".

A perda de peso vai além da balança. "A gordura epicárdica e visceral tem papel mecânico e inflamatório no coração. Reduzir essa gordura é melhorar diretamente a função cardíaca e prevenir infecções", aponta Dr. José Francisco.

As diretrizes recomendam rastreamento ativo para IC em indivíduos com sobrepeso ou obesidade e alto risco, com dosagem de NT-proBNP ou BNP, ajustando o ponto de corte para 50 pg/mL em IMC > 35 kg/m², a fim de evitar subdiagnósticos.

Farmacoterapia e Impacto Clínico

O estudo SELECT mostrou que a semaglutida 2,4 mg é obstruída em 20% o risco de morte por causa cardiovascular em pessoas com sobrepeso ou obesidade e sem Diabetes. Dr. Marcello comenta: "A redução de eventos foi observada em pessoas com IMC ≥ 27 kg/m² sem Diabetes, mas com história de infarto, AVC ou revascularização. Foram 132 eventos a menos com semaglutida versus placebo, redução relativa de 20%".

Dr. José Francisco reforça a importância do achado: "O estudo SELECT foi o primeiro a mostrar redução de risco de morte em pessoas com excesso de peso, mas sem Diabetes. Esses medicamentos nasceram para o controle glicêmico, depois descobriram-se que reduziam peso e, agora, que também protegeram o sistema cardiovascular".

Ele observa ainda que "no SELECT, a melhora cardiovascular foi observada antes da perda de peso significativa. O efeito é independente", destacando o potencial desses agentes como moduladores de risco global.

Dr. Rodrigo concorda que a escolha terapêutica deve ser individualizada. "Hoje temos várias opções designadas — sibutramina, orlistate, bupropiona/naltrexona, liraglutida, semaglutida, tirzepatida —, e cada uma tem efeitos específicos. O médico precisa conhecer o perfil do paciente para escolher a medicação mais adequada e segura.»

As diretrizes também destacam o potencial da tirzepatida, o primeiro agente com ação dupla nos receptores de GLP-1 e de GIP, que tem mostrado eficácia superior aos agonistas simples do GLP-1 em ensaios clínicos de fase 3, como o SURMOUNT-1 e o SURPASS-CVOT . Esses estudos

demonstraram reduções médias de peso superiores a 20% e melhorias expressivas no controle glicêmico e nos marcadores cardiometabólicos, incluindo pressão arterial e perfil lipídico.

Segundo o Dr. Marcello, “os novos dados de tirzepatida reforçam que estamos diante de tratamentos que não apenas promovem perda de peso, mas alteram a história natural da doença, modificando risco e prevenindo complicações”.

Por enquanto, os benefícios cardiovasculares estão bem estabelecidos apenas para pacientes com Diabetes tipo 2 e doença cardiovascular, com base no estudo SURPASS-CVOT. Rodrigo pondera que esses resultados, entretanto, devem ser extrapolados apenas para pessoas com diabetes: “Teremos que aguardar [os novos achados do] estudo SURMOUNT-MMO , previsto para 2027, para saber se o benefício se estende a indivíduos sem essa doença”.

O documento também atualiza a periodicidade de cirurgia metabólica, alterando seu papel como intervenção cardioprotetora. Além de continuar indicado para pessoas com IMC ≥ 40 kg/m², as diretrizes recomendam considerar em indivíduos com IMC ≥ 35 kg/m² e comorbidades cardiovasculares e, de forma inovadora, em IMC ≥ 30 kg/m² com risco cardiovascular alto e resposta insuficiente aos tratamentos clínicos.

Uma das mudanças mais significativas diz respeito ao papel da farmacoterapia, agora recomendada como primeira linha em pacientes com risco cardiovascular moderado a alto. Antes restrito aos casos refratários, ela passa a integrar a estratégia inicial, refletindo o reconhecimento de que o tratamento medicamentoso é essencial para modificar riscos e estágios em longo prazo.

Outro ponto de inflexão é o reconhecimento da obesidade como doença crônica recidivante, o que muda o paradigma de tratamento pontual para acompanhamento contínuo. O documento recomenda a atuação de equipes multiprofissionais e consultas regulares para prevenir a recuperação de peso e manter os benefícios cardiovasculares resultantes.

Implementação na Atenção Primária

As diretrizes enfatizam o papel da atenção básica como eixo da prevenção precoce. "Todas as intervenções que podem ajudar na redução de peso são bem-vindas. Estratégias de alimentação saudável, programas de exercício nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) e rastreamento de obesidade devem ser implementados de forma sistêmica", diz Dr. Marcello.

Dr. Rodrigo complementa: "O Brasil é um país muito marcado pela desigualdade. Não há nenhuma medicação antiobesidade aprovada no SUS, e esse é talvez o maior desafio. Precisamos que os órgãos de saúde entendam a obesidade como uma doença crônica, e não como um problema estético".

As orientações, que estão pautadas nas melhores evidências disponíveis, poderão servir de base para rever os programas públicos e traçar estratégias de longo prazo que combatam de forma integrada a obesidade e a doença cardiovascular, tornando-se um instrumento de diálogo com o Estado.

José Francisco alerta que a discussão não pode se restringir aos medicamentos: "No SUS, precisamos discutir o acesso, mas também rever o que estamos oferecendo às crianças. No estado de São Paulo, são mais de 4 milhões de refeições escolares por dia, e ainda se vendem refrigerante e bolo de chocolate nas cantinas. O problema começa cedo e exige ação sistêmica".■

02 - CONSENSO INÉDITO PARA A PRESCRIÇÃO DE AGONISTAS DO GLP-1

Entre 6% e 12% da população dos Estados Unidos já utilizou algum agonista do peptídeo 1 glucagonoide (GLP-1). No entanto, ainda não existe consenso entre os médicos sobre como conduzir o acompanhamento dessa crescente população de pacientes.

Recentemente, o American College of Lifestyle Medicine, a American Society for Nutrition, a Obesity Medicine Association e a Obesity Society divulgaram um comunicado conjunto com diretrizes relacionadas à nutrição e ao estilo de vida para auxiliar os médicos na orientação de pacientes em processo de perda de peso.

Publicado no final de maio no periódico Obesity, o documento destaca: avaliação nutricional básica, compreensão dos objetivos do paciente, esclarecimento sobre os efeitos colaterais mais comuns associados a medicamentos, redução do consumo de ultraprocessados, prevenção de deficiências nutricionais, estímulo ao treinamento de força para evitar perda muscular e consideração de outros fatores de estilo de vida que possam influenciar a perda de peso.

“Os agonistas do GLP-1 estão transformando o tratamento da obesidade, mas está claro que a farmacoterapia isolada não representa uma solução completa”, declarou em comunicado o Dr. John E. Courtney, Ph.D., presidente-executivo da American Society for Nutrition. Embora esses medicamentos reduzam significativamente a fome, funcionam melhor quando associados a mudanças no estilo de vida, especialmente a uma alimentação adequada.

Ênfase na Alimentação

Os médicos da atenção primária devem conversar com os pacientes para entender melhor seus hábitos alimentares antes de prescrever esses medicamentos, afirmou o médico, autor principal do estudo e coordenador das diretrizes, Dr. Dariush Mozaffarian, Ph.D. e diretor do Food is Medicine Institute da Tufts University, nos EUA.

“Esses medicamentos foram aprovados como um complemento à intervenção nutricional e às mudanças no estilo de vida, mas hoje são frequentemente usados como primeira opção”, pontuou.

Segundo o médico, perguntas simples sobre o que os pacientes comem durante o dia, se têm o hábito de "beliscar" em excesso entre as refeições e se comem fora de casa em restaurantes podem ajudar a identificar os principais obstáculos relacionados à alimentação.

Outras possíveis barreiras para uma alimentação saudável são o custo dos alimentos, a falta de conhecimento sobre preparo de refeições nutritivas, a ausência de utensílios de cozinha adequados, além de aspectos culturais e tradições alimentares. A distância de supermercados também pode dificultar o acesso a escolhas melhores.

Um estudo publicado no ano passado no periódico Obesity Pillars indicou que médicos e nutricionistas podem contribuir para a perda de peso sustentada por meio de estratégias personalizadas — como o uso de aplicativos para monitoramento da nutrição e ingestão calórica, bem como orientações individualizadas que ajudem a evidenciar os principais desafios da dieta.

Cerca de metade dos pacientes apresenta problemas gastrointestinais significativos ao usar esses medicamentos. Manter uma dieta saudável e balanceada pode reduzir efeitos colaterais comuns, como constipação, náuseas e vômitos, explicou o Dr. Dariush. Dicas como beber bastante água, fracionar refeições, ingerir uma quantidade suficiente de fibras e evitar alimentos gordurosos podem ser úteis. O aumento gradual das doses dos medicamentos também pode atenuar esses sintomas.

Reduzindo a Dependência de Alimentos Ultraprocessados

“Muitos pacientes não só comem menos, como também mudam suas preferências alimentares. Um dos relatos mais comuns é a perda de interesse por alimentos ultraprocessados, muito doces ou com

ingredientes artificiais", salientou o Dr. Dariush. Esses produtos costumam ser ricos em gordura e conter substâncias químicas que estimulam o consumo contínuo.

Além disso, há evidências de que alimentos ultraprocessados contribuem para o aumento na incidência de comorbidades relacionadas ao ganho de peso, como Diabetes e esteatose hepática associada à disfunção metabólica.

Alguns dos aditivos presentes nesses alimentos também podem interferir no microbioma e saúde intestinal, apontou a Dra. Carolynn Francavilla, médica especialista em obesidade e proprietária/administradora da Green Mountain Partners for Health e da Colorado Weight Care, ambas nos EUA.

Evitando Deficiências Nutricionais

Algumas pesquisas mostram que muitos pacientes não estão recebendo nutrientes em quantidade adequada devido à supressão do apetite. Um estudo publicado em abril no periódico Frontiers in Nutrition mostrou que usuários de agonistas do GLP-1 apresentavam ingestão insuficiente de fibras, cálcio, ferro, magnésio, potássio, colina e das vitaminas A, C, D e E.

Dar preferência a alimentos minimamente processados pode ajudar a prevenir deficiências associadas ao uso desses medicamentos. A redução drástica da ingestão alimentar pode dificultar a obtenção de quantidades suficientes de proteínas e micronutrientes essenciais. Por isso, o planejamento das refeições deve incluir porções suficientes de proteínas, além de frutas, vegetais e grãos integrais.

Por outro lado, alguns processados, como shakes e barras substitutas de refeição, podem ser úteis para complementar a nutrição em pacientes com o apetite reduzido. "Essas medidas devem ser uma exceção, visto que podem ajudar a corrigir deficiências específicas em alguns casos", explicou Dra. Carolynn.

Outros Fatores de Estilo de Vida que Ajudam a Otimizar a Perda De Peso

Os pacientes em uso de agonistas do GLP-1 não perdem apenas gordura —também podem apresentar redução de massa óssea e muscular se não realizarem treinamento de força ao menos duas vezes por semana. Além disso, como já mencionado, a ingestão adequada de proteínas, cálcio e vitamina D é fundamental para minimizar essas perdas, que podem resultar em fragilidade em fases posteriores da vida.

A nova orientação também cita outros aspectos do estilo de vida como prioridades para otimizar os resultados com esses medicamentos, incluindo sono, estresse, uso de substâncias e conexões sociais.

"Os agonistas do GLP-1 são mais eficazes do que todas as gerações anteriores de medicamentos antiobesidade, mas isso não elimina a necessidade de níveis adequados de atividade física e do controle de fatores estressantes", afirmou o Dr. Ziyad Al-Aly, médico e professor assistente vinculado à Divisão de Medicina Geral e Geriatria da Washington University School of Medicine, nos EUA.

O sono é especialmente importante e muitas vezes negligenciado. Diversas pesquisas mostram que sua privação exerce papel importante na perda de peso. Um estudo publicado na edição de abril de 2022 do periódico Nutrients mostrou que indivíduos que dormiam 5,5 horas por noite perdiam menos gordura do que aqueles que dormiam 8,5 horas.

O Dr. Ziyad mencionou que um dos efeitos colaterais menos conhecidos dos agonistas do GLP-1 é a possibilidade de distúrbios do sono. Por isso, manter uma boa higiene do sono, por meio de hábitos como dormir no mesmo horário todas as noites, evitar telas antes de dormir e não consumir cafeína no final do dia, é particularmente importante

para quem usa esses medicamentos.

O uso de substâncias também merece atenção. Embora algumas pesquisas indiquem que esses medicamentos afetam o centro de recompensa do cérebro, reduzindo comportamentos viciantes, como o abuso de álcool, indivíduos que mantêm esse hábito têm risco muito maior de adquirir deficiências nutricionais graves. É fundamental que os médicos alertem seus pacientes sobre esses riscos.

Essas orientações são extremamente valiosas por oferecerem uma diretriz unificada, comentou o Dr. Ziyad. "É exatamente disso que os médicos precisam, não apenas para ajudar os pacientes a alcançar uma perda de peso significativa, mas também para considerar seus fatores de risco e a saúde a longo prazo."

03 - DIRETRIZES ESTRANGEIRAS INDICAM ESCOLHA DE GLP-1 COMO PRIMEIRA OPÇÃO DE MEDICAMENTO PARA OBESIDADE

— Mas o tratamento deve ser adaptado às comorbidades e preferências do paciente

Principais Conclusões

A Associação Europeia para o Estudo da Obesidade recomenda os injetáveis de GLP-1 semaglutida e tirzepatida como tratamentos de primeira linha para a maioria dos casos de obesidade.

Isso se deve à sua maior eficácia e melhor gerenciamento de complicações relacionadas à obesidade do que outras opções de tratamento.

O tratamento deve ser sempre adaptado ao paciente, aconselha a sociedade.

Um novo algoritmo de tratamento da Associação Europeia para o Estudo da Obesidade
(EASO) recomenda optar primeiro por semaglutida (Wegovy) ou tirzepatida (Zepbound) quando uma perda de peso "substancial" é necessária em um paciente.

Os dois injetáveis contendo agonistas do GLP-1 resultaram em muito mais perda de peso em dados de testes do que outros agentes no mercado, incluindo orlistate, naltrexona-bupropiona, liraglutida (Saxenda) e fentermina-topiramato (Qsymia), o que pode ser considerado quando os pacientes precisam perder uma quantidade mais moderada de peso, disse Barbara McGowan, MBBS, PhD, do Guy's & St Thomas' Hospital NHS Trust em Londres, e coautora na Nature Medicine.

"Embora existam várias opções no mercado, a realidade é que a semaglutida e a tirzepatida são tão eficazes que devem ser a primeira escolha em quase todos os casos", acrescentou a coautora Andreea Ciudin, MD, PhD, do Hospital Universitário Vall d'Hebron, em Barcelona, Espanha, em um comunicado.

Em ensaios clínicos com pacientes obesos, a semaglutida apresentou uma média de perda de peso de 14,9% (33,7 lb) na semana 68 e tirzepatida uma média de perda de peso de 22,5% (52 lb) na semana 72.

O crescimento contínuo da produção de medicamentos para obesidade nos últimos anos motivou o novo algoritmo de tratamento. Os médicos têm "uma seleção mais ampla de agentes com modos de ação distintos para serem usados em conjunto com intervenções no estilo de vida", disseram McGowan e coautores.

Mas os médicos devem sempre adaptar o tratamento ao paciente individual, recomendaram os autores, e levar em

consideração uma variedade de fatores, incluindo contexto socioeconômico, valores do paciente, expectativas e objetivos pessoais.

"Adaptar o tratamento ao indivíduo é uma tarefa complexa que deve considerar diversos fatores, incluindo a gravidade da adiposidade, a presença e a extensão das complicações, comorbidades e terapias concomitantes", escreveram os autores. "Embora nenhum algoritmo de tratamento possa substituir o julgamento clínico detalhado necessário para avaliações tão abrangentes, esta ferramenta pode servir para apoiar a tomada de decisões terapêuticas na obesidade.»

As recomendações da EASO vão além das orientações atuais nos EUA. As diretrizes de prática clínica de obesidade mais recentes da The Obesity Society, A Sociedade Endócrina, e a Associação Americana de Endocrinologia Clínicaanteriores às aprovações do FDA dos novos injetáveis GLP-1.

Diretrizes recentes da Academia Americana de Pediatria chegou a dizer aos médicos para oferecerem medicamentos para perda de peso às crianças com obesidade, mas não recomendou agentes específicos.

A EASO dá ênfase à seleção do medicamento certo para controlar as complicações da obesidade.

"O efeito dos medicamentos nas complicações relacionadas à obesidade é heterogêneo e nem sempre proporcional ao grau de perda total de peso, refletindo potencialmente ações farmacológicas diretas além da redução de peso isoladamente", observaram os autores.

O algoritmo separou as complicações relacionadas à obesidade em dois grupos: doenças da massa gorda, que surgem de forças mecânicas alteradas e patológicas, e doenças da gordura doente, que resultam de respostas metabólicas, endócrinas, inflamatórias e imunológicas desreguladas.

A tirzepatida deve ser a primeira escolha para pacientes com apneia obstrutiva do sono, para a qual tem indicação, e a semaglutida deve ser a primeira escolha para aqueles com osteoartrite do joelho, de acordo com as orientações que abordam doenças da massa gorda.

Pré-Diabetes e Diabetes tipo 2, doenças cardiovasculares, insuficiência cardíaca e doença hepática esteatótica associada à disfunção metabólica (MASLD) estão todas incluídas no grupo de doenças da gordura doente.

Para Diabetes, o algoritmo recomenda a prescrição de tirzepatida e semaglutida como primeira linha e liraglutida e naltrexona-bupropiona como segunda linha. A semaglutida deve ser a escolha para pacientes com doença cardiovascular, enquanto tanto a tirzepatida quanto a semaglutida devem ser consideradas como primeira linha na insuficiência cardíaca.

A tirzepatida foi recomendada para MASLD com base nos melhores resultados de ensaios clínicos em doenças hepáticas no momento da redação deste artigo. Mas os autores apontaram que um ensaio recente também relata uma melhora significativa na esteato-hepatite associada à disfunção metabólica e na fibrose hepática com semaglutida.

"É importante observar que a maioria dos medicamentos não foi avaliada especificamente para o tratamento de complicações individuais, resultando em lacunas em nossa compreensão de seu potencial terapêutico completo", observaram

os autores. "Embora alguns benefícios possam ser inferidos com base no grau de perda total de peso corporal — dado o efeito positivo bem documentado da perda total de peso em diversas complicações —, as evidências diretas para muitas condições permanecem limitadas.

A EASO informou que planeja atualizar o algoritmo à medida que mais dados sobre medicamentos para obesidade se tornarem disponíveis. Em particular, há cada vez mais dados sobre o potencial benefício dos agentes GLP-1 em uma gama mais ampla de complicações, incluindo doença renal crônica., doenças neurodegenerativas, síndrome dos ovários policísticos, certos tipos de câncer, e problemas de saúde mental.

Também faltam pesquisas sobre o uso desses medicamentos em pacientes com índice de massa corporal acima de 40 e abaixo de 27, apontaram os autores.■

04 - MEDICAMENTOS GLP-1 ASSOCIADOS A MENOR RISCO DE CEGUEIRA LEGAL EM PESSOAS COM DIABETES

— Estudo retrospectivo não encontra ligação com maior risco de doença ocular rara, ao contrário de trabalhos anteriores

ORLANDO — Adicionando outra reviravolta ao debate em andamento sobre os efeitos dos medicamentos para perda de peso na visão, um estudo de coorte retrospectivo vinculou os agonistas do receptor GLP-1 a um menor risco de cegueira legal em pacientes com Diabetes tipo 2 e risco de doença cardiovascular.

Entre duas coortes de mais de 350.000 pacientes com propensão correspondente cada, o uso de agonistas de GLP-1 foi associado a um risco significativamente reduzido de cegueira legal em comparação com a ausência de uso em 1 ano (HR 0,589, IC de 95% 0,476-0,728), 3 anos (HR 0,677, IC de 95% 0,583-0,788) e 5 anos (HR 0,669, IC de 95% 0,583-0,768), relatou Praveena Gupta, OD, PhD, da University of Texas Medical Branch em Galveston, na Academia Americana de Oftalmologia, reunião anual.

Também não houve diferença significativa na incidência de neuropatia óptica isquêmica (NOI) entre as coortes em 1 ano (HR 0,872, IC 95% 0,627-1,212), 3 anos (HR 1,002, IC 95% 0,792-1,268) ou 5 anos (HR 0,978, IC 95% 0,789-1,211). Pesquisas anteriores relacionaram o uso de agonista do GLP-1 à neuropatia óptica isquêmica anterior não arterítica (NOIA), um tipo raro de NOIA.

Os autores do estudo não forneceram dados sobre os riscos absolutos de cegueira legal e ION.

Gupta disse ao MedPage Today que as descobertas não são surpreendentes, já que "os agonistas do GLP-1 melhoram o controle glicêmico e têm um benefício crucial na redução da retinopatia diabética". Ainda assim, "nós e nossos colegas recebemos muitos telefonemas de pacientes que estão tomando agonistas do GLP-1 e perguntam: 'Você acha que vou perder a visão? Você acha que vou ficar cego? As pessoas leem as manchetes e ficam com medo.

No entanto, embora "o uso de agonistas do GLP-1 tenha aumentado em quase 500% nos últimos 5 anos, não observamos casos de perda de visão com esses medicamentos em nossa clínica", acrescentou Gupta. "Não estamos vendo pacientes ficando cegos.»

Pesquisas anteriores tem vinculado uso do medicamento GLP-1 semaglutida (Ozempic, Wegovy) para maior risco de NAION, e a

Organização Mundial da Saúde alertou em julho sobre uma conexão. Mas os autores do estudo disseram que os estudos sobre NAION são questionáveis, pois não há um código CID para NAION, apenas para a categoria geral de ION.

"Não acreditamos que os agonistas do GLP-1 estejam aumentando os níveis de neuropatia óptica isquêmica", disse o coautor Ethan Jarrett, estudante de medicina da University of Texas Medical Branch em Galveston, ao MedPage Today . "Se usássemos os mesmos critérios que outros estudos estão usando, poderíamos dizer o mesmo para a NAION, mas não estamos. Não estamos confiantes de que o código ION seja apropriado para se referir à NAION [apenas].

O coautor Andrew G. Lee, MD, também da Divisão Médica da Universidade do Texas, afirmou que é hora de encerrar o debate sobre agonistas de GLP-1 e visão, pelo menos por enquanto. "Até que dados robustos, prospectivos e de caso-controle estejam disponíveis, provavelmente atingimos os limites do que os desenhos de estudos retrospectivos podem oferecer em termos do debate sobre a causalidade do uso de agonistas de GLP-1 e o risco de perda visual.

David Ramsey, MD, PhD, MPH, do Lahey Hospital & Medical Center em Burlington, Massachusetts, que não esteve envolvido no estudo, disse ao MedPage Today que as descobertas são tranquilizadoras.

Ele liderou um estudo retrospectivo recente que não encontrou nenhuma ligação entre o uso de agonista de GLP-1 e NAION (HR 1,26, IC 95% 0,94-1,70), embora houvesse um risco ligeiramente maior de retinopatia Diabética (HR 1,07, IC 95% 1,03-1,11).

"É muito reconfortante que não pareça haver um risco muito aumentado de NAION" em ambos os estudos, disse Ramsey. "Esta é uma complicação relativamente rara, com um risco relativamente pequeno de perda de visão em comparação com toda a perda de visão relacionada ao Diabetes", observou.

Em relação ao impacto potencial da pesquisa na prática clínica, Ramsey disse que é "muito importante" verificar os pacientes com Diabetes e sinais de doenças que ameaçam a visão quando eles trocam a medicação modificadora da doença.

Para este estudo, os pesquisadores analisaram dados de registros médicos eletrônicos não identificados de 72 organizações de saúde por meio do TriNetX, um banco de dados de pesquisa em saúde, de 2018 a 2025. Pacientes com Diabetes tipo 1, neurite óptica e arterite de células gigantes, bem como aqueles que tomavam inibidores da fosfodiesterase-5, foram excluídos.

As coortes pareadas incluíram 350.536 adultos cada. Todos os pacientes apresentavam Diabetes tipo 2 e pelo menos um fator de risco para doença cardiovascular (hiperlipidemia, hipertensão arterial essencial, sobrepeso/obesidade ou doença cardíaca isquêmica crônica). A média de idade foi de 58,7 anos, 61,6% eram mulheres, 62,9% eram brancos, 19,4% eram negros e 4,5% eram asiáticos.

Usuários de agonistas do GLP-1 precisavam ter dois ou mais registros de prescrição. Um pareamento de escore de propensão 1:1 foi realizado para equilibrar dados demográficos, comorbidades, valores laboratoriais e medicamentos antidiabéticos concomitantes.■

05 -BARRIGA E GORDURA NO FÍGADO SE TRADUZEM EM CARÓTIDAS OBSTRUÍDAS

— Marcadores de imagem de adiposidade associados a importantes fatores de risco de acidente vascular cerebral

Principais Conclusões

A gordura visceral e hepática foi associada à aterosclerose carotídea em dois estudos de coorte usando ressonância magnética e ultrassom.

As associações persistiram mesmo após levar em conta fatores de risco cardiovascular tradicionais, como colesterol e pressão arterial.

Os autores do estudo incentivam uma dieta saudável como forma de reduzir a gordura visceral e, portanto, controlar o risco de doenças cardiovasculares.

A presença de gordura visceral e hepática andava de mãos dadas com a aterosclerose carotídea, descobriram pesquisadores usando dados de imagem.

Maior volume de tecido adiposo visceral (VAT) foi correlacionado com maior volume da parede carotídea medido por ressonância magnética (CWV; 5,67 mm³ maior para cada 1 DP maior de VAT na análise ajustada) na coorte da Aliança Canadense de Corações e Mentes Saudáveis (CAHHM).

Separadamente, o IVA também foi associado à espessura da camada média da carótida-íntima medida por ultrassom (CIMT; 0,014 mm maior para cada 1 DP maior de IVA) no UK Biobank, de acordo com Sonia Anand, MD, da Hamilton Health Sciences e da McMaster University, Ontário, e colegas, relatando em Communications Medicine.

Houve evidências, embora mais fracas, de uma associação entre gordura hepática e aterosclerose carotídea: enquanto a fração de gordura hepática (HFF) da ressonância magnética não teve ligação significativa com CWV em CAHHM, a fração de gordura hepática de densidade de prótons (PDFF) mostrou uma relação positiva e direta com CIMT no UK Biobank (0,009 mm por 1 DP maior PDFF).

"Usando dados de duas coortes independentes de adultos de meia-idade no Canadá e no Reino Unido, a gordura visceral e hepática estão associadas a fatores de risco cardiovascular e à aterosclerose carotídea. O ajuste para fatores de risco cardiovascular não elimina a associação da gordura visceral ou hepática com a aterosclerose carotídea", escreveram os autores.

Suas descobertas ampliam a literatura que já estabelece que níveis elevados de gordura visceral e hepática podem estar associados à hiperglicemia, dislipidemia e hipertensão, chegando até o nível de aterosclerose carotídea mensurável — um importante fator de risco de acidente vascular cerebral.

"Esses resultados destacam a importância de avaliar e direcionar o excesso de adiposidade visceral para o gerenciamento ideal do risco de DCV [doença cardiovascular], e que abordagens para reduzir a adiposidade visceral podem influenciar a progressão da aterosclerose, independentemente dos efeitos sobre outros fatores de risco", disse o grupo de Anand.

"Nem sempre é possível dizer, olhando para alguém, se ele tem gordura visceral ou hepática", disse Anand em um comunicado à imprensa.. "Esse tipo de gordura é metabolicamente ativo e perigoso; está associado à inflamação e aos danos nas artérias, mesmo em pessoas que não estão visivelmente acima do peso. É por isso que é tão importante repensar como avaliamos a obesidade e o risco cardiovascular."

Ela e seus colegas observaram que existem estratégias para reduzir a adiposidade visceral e, portanto, o risco de aterosclerose.

"A modificação comportamental é a principal abordagem terapêutica para reduzir a gordura visceral e hepática. As recomendações dietéticas predominantes incluem adotar uma dieta mediterrânea rica em fibras, ômega-3 e gorduras monoinsaturadas (por exemplo, peixes e frutos do mar, frutas, grãos integrais, nozes, azeite, vegetais e leguminosas), evitando frituras, gordura saturada, carne vermelha e processada e alimentos com açúcar refinado/adicionado", de acordo com Anand e colegas.

Além da dieta, exercícios físicos podem ser úteis, acrescentaram. Tratamentos farmacológicos como liraglutida e orlistate (Alli, Xenical) também podem reduzir o IVA.

Os pesquisadores buscaram avaliar a relação entre a adiposidade visceral e hepática e a aterosclerose carotídea visível em duas modalidades de imagem.

As ressonâncias magnéticas foram obtidas do CAHHM, que incluiu adultos entre 35 e 69 anos de oito estudos de coorte canadenses. O relatório incluiu 6.760 participantes do CAHHM (idade média de 57,1 anos, 54,9% mulheres).

Ultrassons foram obtidos de 26.547 participantes do UK Biobank (idade média de 54,7 anos, 51,9% mulheres).

Análises combinadas das coortes CAHHM e UK Biobank "apoiam uma associação direta e positiva de VAT e HFF com aterosclerose subclínica em ambos os sexos, embora ligeiramente mais fraca para gordura hepática", relataram os autores.

"Essas análises mostram que um fenótipo de adiposidade caracterizado pelo acúmulo excessivo de tecido adiposo visceral está associado à aterosclerose carotídea, independentemente do teor de gordura hepática. No entanto, um alto teor de gordura hepática não está associado à aterosclerose carotídea sem excesso de gordura visceral", explicaram. "Aqueles que buscam abordagens terapêuticas para reduzir a gordura hepática também devem considerar o tratamento do excesso de adiposidade visceral.»

As limitações do estudo incluem a falta de análises longitudinais e as tentativas de analisar a aterosclerose carotídea usando as medidas distintas CIMT e CWV juntas.■